

Выводы: терапии эрголиновыми агонистами дофамина пациентов с гиперпролактинемическим синдромом эффективно

влияет на андрогенную функцию с нормализацией уровня тестостерона и повышением ИСА у большинства пациентов.

Баликова О.В., Мухотина А.Г., Морозова А.М.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОК
С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Краевая клиническая больница № 2, Владивосток*

Цель: изучить влияние метформина на репродуктивное здоровье женщин с синдромом поликистозных яичников.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 20 женщин с синдромом поликистозных яичников в возрасте от 22 до 35 лет. Диагноз выставлялся на основании жалоб на нарушение менструального цикла по типу олиго- или аменореи, бесплодие, ожирение, гирсутизм, акне. Физикальное обследование включало определение: индекса массы тела (ИМТ), оценку соотношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), определение гирсутизма. Исследовался уровень лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, тестостерона, глобулина, связывающего половые стероиды. Рассчитывался индекс свободных андрогенов. Определялся уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ), проводился стандартный тест толерантности к глюкозе с определением базального уровня глюкозы и ИРИ в плазме натощак и после нагрузки с глюкозой, для подтверждения инсулинорезистентности, рассчитывались индексы Саго и НОМА-Р, исследовался липидный спектр крови. Проводилось УЗИ яичников с определением

их размера и объема. Пациентки с синдромом поликистозных яичников были обучены правилам рационального питания и для медикаментозного лечения назначался метформин (Сиофор или Глюкофаж) в дозе от 1500 до 2500 мг в сутки. Повторное обследование проводилось через 6 месяцев.

Результаты: на фоне рационального питания и терапии метформином ИМТ с $31 \pm 2,5$ снизился до $27 \pm 2,6$; а соотношение ОТ/ОБ с $0,9 \pm 0,1$ до $0,79 \pm 0,1$. Уровень ИРИ с $19,5 \pm 3,4$ мЕд/мл снизился до $5,6 \pm 0,8$ мЕд/мл, индекс Саго с $0,25 \pm 0,03$ повысился до $0,4 \pm 0,12$ баллов, НОМА-Р с $4,1 \pm 1,2$ снизился до $1,8 \pm 0,1$ баллов. Переносимость препаратов была хорошей. Диспептические проявления в начале курса лечения наблюдались у 9% больных. Серьезных неблагоприятных явлений не отмечено. У всех пациенток на фоне лечения нормализовался менструальный цикл, а у 3 женщин возникла беременность.

Выводы: на фоне приема метформина у пациенток с синдромом поликистозных яичников происходило улучшение репродуктивной функции, снижение массы тела, нормализация уровня инсулина, расчетных показателей инсулинорезистентности.

Васильев С.В., Григорян В.В., Попов Д.Е., Черниковский И.Л.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
МИКРОХИРУРГИИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Появившийся в последнее время метод трансанальной эндомиохирургии удачно сочетает в себе возможности малоинвазивного и хирургического удаления новообразований, располагающихся в любом отделе прямой кишки выше зубчатой линии. Не являясь противопоказанием к применению этого метода и ранние формы рака.

Цель: оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с использованием традиционных методик и трансанальной эндоскопической микрохирургии.

Материалы и методы: метод трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) был разработан и внедрен в клиническую практику профессором Буесом (Германия) в 1983 году. Указанная методика позволяет иссекать доброкачественные новообразования и злокачественные опухоли прямой кишки на ранних стадиях при помощи усовершенствованного ректоскопа, который, благодаря наличию оптической системы, обеспечивает хороший обзор операционного поля в увеличенном трехмерном изображении. С использованием данного метода могут быть выполнены мукозэктомия, полнослойное иссечение стенки кишки, иссечение параректальной клетчатки. В нашей клинике с ноября 2003 года по май 2005 года было прооперировано 102 больных с новообразованиями прямой кишки, клинически определенными как ворсинчатые. Среди указанных пациентов 32 были прооперированы с использованием методики ТЭМ (17 — с использованием газовой инсуффляции, 15 — открытым способом), 40 больным была выполнена петлевая эндоскопическая электроэксцизия, и в 30 случаях выполнялось традиционное трансанальное иссечение новообразования. Таким образом, мы имели возможность сравнить непосредственные, и, в известной мере, отдаленные результаты лечения больных с новообразова-

ниями прямой кишки в указанных 3 группах. Всем больным выполнялись трансректальное ультразвуковое исследование, предоперационная биопсия с гистологическим исследованием, а также ректороманоскопия и фиброколоноскопия. Средний размер опухоли составил $3,4 \pm 1,6$ см². Локализация по высоте — от 5,0 до 20,0 см. Среди удаленных препаратов тубулярно-ворсинчатые аденомы составили 33,3%, ворсинчатые аденомы — 53%, аденокарциномы ($T_{in situ}$, T_1 , $T_2N_0M_0$) — 10%. В одном случае (аденокарцинома $T_2N_0M_0$) вторым этапом была выполнена передняя резекция прямой кишки.

Результаты: осложнения, связанные непосредственно с процедурой ТЭМ, нами не наблюдались. После применения петлевой эндоскопической электроэксцизии был выявлен 1 случай (2,5%) перфорации стенки кишки с последующим оперативным вмешательством. Частота осложнений, возникших после традиционного трансанального иссечения 12,5%. Сроки диспансерного наблюдения оперированных больных составили более 1 года. За данный период было выявлено 18 случаев рецидивирования заболевания, из которых 9 случаев (30%) — после трансанального иссечения, 10 (25%) — после эндоскопической электроэксцизии и лишь 1 (3,3%) — после процедуры ТЭМ.

Выводы: преимуществами методики трансанальной эндоскопической микрохирургии являются снижение частоты рецидивирования, сокращение срока госпитализации, снижение интенсивности болевого синдрома, более короткий восстановительный период. Мы полагаем, ТЭМ, как хирургическая методика, предлагает жизнеспособную и, возможно, превосходящую по результатам радикальные абдоминальные или традиционные трансанальные и эндоскопические вмешательства, альтернативу при некоторых ректальных неоплазиях.

Берин В.В., Семенихин А.И., Помогаева О.Г.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИВЕННЫХ ИНГИБИТОРОВ IIb/IIIa РЕЦЕПТОРОВ
ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток,
Городская клиническая больница № 1, Владивосток*

Цель исследования: 1. оценить безопасность проведения ангиопластики со стентированием на фоне внутривенного введения ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов у пациентов с острым коронарным синдромом без предшествующего насыщения плавиксом. 2. оценить безопасность одномоментного множественного стентирования коронарных артерий на фоне внутривенного введения ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов.

Материалы и методы: с начала 2005 года в отделении кардиохирургии было выполнено 22 коронарные ангиопластики у пациентов с острым коронарным синдромом, 8 (36%) из них

проводились на фоне внутривенного введения ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (Интегрилин, Рео Про). Всем пациента ангиопластика выполнялась без предшествующего насыщения Клопидогреем (Плавикс).

За 2005 г. в ПККБ № 1 было выполнено 127 коронарных ангиопластик со стентированием, из них у 23 пациентов использовалось 3 и более внутрисосудистых протезов (стентов). В группе пациентов с многососудистым стентированием у 7 (30%) пациентов использовалось внутривенное введение ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов.

Результаты: ни в одном случае мы не наблюдали острого тромбоза стента. У 3-х пациентов с ОИМ после реканализации окклюзии мы наблюдали существенное замедление скорости кровотока за счет отека миокарда. Стентирование таких сосудов на фоне гепаринотерапии связано с высоким риском острого тромбоза стента. В группе пациентов со множественным стентированием в 2 случаях мы наблюдали пролонгированную отслойку интимы (диссекцию) коронарных артерий которая обыч-

но приводит к тромбозу сосуда. Однако применение внутривенных ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов позволило избежать данного осложнения.

Выводы: препараты «Интегрилин» и «Рео Про» показали свою эффективность при стентировании коронарных артерий у пациентов с острым коронарным синдромом и при многосудистых пластиках.

Витковская И.В., Рязанова Л.А., Н.В.Горелик **ПРИМЕНЕНИЕ МОМЕТАЗОНА ФУРОАТА** **В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ** **С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ И ПОЛИПАМИ НОСА**

*Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Владивосток
ДФ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН, Владивосток*

Одним из направлений в ЛОР — практике является поиск эффективных интраназальных кортикостероидов, которые быстро устраняют реактивные явления в полости носа в послеоперационном периоде.

Цель исследования: оценить использование препарата «Назонекс» (мометазона фуруат) в послеоперационном периоде у больных с вазомоторным ринитом и полипами носа.

Материалы и методы: в исследование включено 15 человек, из них 7 мужчин (46,6%) и 8 женщин (53,4%), которым была выполнено оперативное вмешательство — ультразвуковая дезентерация нижних носовых раковин, пилепотомия носа. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа — 7 человек в возрасте от 17 — 58 лет (средний возраст — $40,85 \pm 0,5$ лет). Продолжительность заболевания на момент исследования составила $6,2 \pm 0,6$ года. 2 группа (контрольная) — 8 человек, возраст от 26 — 60 лет (средний возраст $41,4 \pm 3$ года). Средняя продолжительность заболевания $8 \pm 1,8$ лет.

Всем пациентам выполнено оперативное вмешательство — ультразвуковая дезентерация нижних носовых раковин (на аппарате ЛОРА — ДОН), удаление полипов носа (петлей или ультразвуковым скальпелем). Ведение всех 15 пациентов в послеоперационном периоде включало: анемизация полости носа, туалет полости носа, носовой душ — промывание полости носа физиологическим раствором. Больным 1 группы дополнительно применялся «Назонекс» (мометазона фуруат) по следующей схеме: по 2 дозы интраназально 3 раза в день в течение 3 дней, затем доза уменьшалась до 2 доз 1 раз в день в течение 2 мес, кроме этого курс Назонекса продолжительность 2 мес был повторен через 6 мес после оперативного лечения. Срок наблюдения за пациентами в общем составил 1 год.

В 1 группе при наблюдении за пациентами в течение первых 10 дней после операции отмечено, что купирование реактивных изменений со стороны слизистой полости носа (отек, гиперемия, слизистые выделения, формирование фибринового налёта) и восстановление носового дыхания происходило в среднем в течении $4,14 \pm 0,02$ дней. В контрольной группе восстановительный период составил в среднем $9,8 \pm 0,73$ дней. При последующем наблюдении за пациентами в течение года в 1 группе «хорошие» результаты (отсутствие в полости носа полипов, свободное дыхание, обоняние 1 ст) отмечались у 5 (71,5%) человек, «удовлетворительные» (отсутствие жалоб, наличие мелких полипов, обоняние 2 ст — реакция на сильные ольфакторные раздражители) — у 2 (28,5%) пациентов, «неудовлетворительные» (затруднение носового дыхания, рецидив полипов) — отсутствовали. У пациентов контрольной группы «хорошие» результаты выявлены у 1 (12,5%) человека, «удовлетворительные» — 2 (25%) человек, «неудовлетворительные» — 5 (62,5%) больных.

Таким образом, восстановительный период в 1 группе был короче, чем в контрольной на 4 дня. «Хорошие» результаты оперативного лечения полипов носа в 1 группе на фоне приёма «Назонекса» достигались чаще, чем при стандартном ведении больных.

Выводы: 1. Использование интраназально кортикостероида «Назонекс» (мометазона фуруат) значительно сокращает время восстановительного периода после оперативных вмешательств в полости носа.

2. Применение «Назонекса» в послеоперационном периоде пилепотомии носа позволяет избежать рецидивов заболевания.

Волкова М.В., Кривелевич В.Я., Долныкова А.П., Кочеткова Е.А **РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ** **ПО ВОПРОСАМ ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ**

*Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр, Владивосток
Владивостокский государственный университет экономики и сервиса*

Цель: изучить удовлетворенность пациентов, информацией получаемой от врача о состоянии здоровья и предлагаемых методах лечения, востребованности данной информации, а также правовую грамотность пациентов в вопросах добровольного информированного согласия (ДИС).

Материалы: проведено анкетирование 120 пациентов, проходивших лечение и обследование в ГУЗ «Краевая клиническая больница №1» и ГУЗ «Краевая консультативная поликлиника».

Результат: анализ паспортной части анкет показал, что большинство опрошенных были женщины (63%); средний возраст респондентов — $54,2 \pm 2,3$ года; 49,1% пациентов, прошедших анкетирование имеют среднемесячный доход ниже прожиточного минимума; 42,5% — пенсионеры; 56,7% являются жителями городов Приморского края. 65% опрошенных обращаются за медицинской помощью не более 3 раз в год. Инвалидность имели 34,2% респондента. Нами выяснено, что опрошенные субъективно оценивают свой уровень знаний о правах пациента выше, чем реально существующий. 40,8% ответили, что знакомы с законодательством, гарантирующим их права, однако при необходимости отметить необходимые правовые акты в анкете, верные ответы дали только 18,1%. 65,8% респондентов, что хотели бы, получать от врача больше информации о заболевании, результатах анализов и прогнозе заболевания и только 34% оказались удовлетворены качеством и количеством получаемой информации. 50,8% пациентов ответили, что им бывают редко понятны ответы врача на заданный вопрос, 2,5% — никогда не понимают объяснений специалиста. 57,5% опрошенных всегда задают вопросы, 40,8% респондентов делают это редко и только 1,7% — никогда. При большом разнообразии ответов данных респондент-

тами на вопрос, какая информация наиболее важная для них, наиболее часто опрашиваемые отвечали, что они хотели бы получать информацию о наличии заболевания и результатах обследования. Далее по значимости следовала информация о возможном риске развития осложнений, о целях и методах предполагаемого вмешательства, информация о медицинских, психологических, экономических и других последствиях и на последнем месте по значимости оказались сведения о прогнозе заболевания. С практической точки зрения необходимо решить вопрос, о каких осложнениях необходимо в обязательном порядке информировать больного: обо всех; о тех которые представляют опасность для жизни; или возникновение которых наиболее вероятно. По данным опроса 46,6% хотя знать обо всех возможных осложнениях предполагаемого метода лечения, 40% ответили, что им достаточно знать об осложнениях, которые являются самыми серьезными, 4,2% будут удовлетворены информацией об осложнениях, риск развития которых наиболее высок. Однозначно высказались за то, что согласие пациента должно быть оформлено письменно 66,7% респондентов, соответственно, 33,3% вполне удовлетворит устное согласие.

Выводы: несмотря на то, что права пациентов на информацию о состоянии своего здоровья и добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство законодательно закреплены более десяти лет назад, до сих пор нет единого и четкого механизма их реализации, в связи, с чем они носят лишь декларативный характер. Информированное согласие при получении медицинской помощи характеризуется сложностью и неоднозначностью подходов, о чем свидетельствуют разноречивые мнения, как медиков, так и юристов по этой проблеме. Обоснованный интерес вызывает и точка зрения граждан на